

# Психосоматична медицина та якість життя у хворобі

Федоренко О.Є.

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ*

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И  
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ БОЛЕЗНИ**

**Федоренко А. Е.**

**PSYCHOSOMATIC MEDICINE AND  
QUALITY OF LIFE UNDER DISEASE**

**Fedorenko O. Ye.**

## 1 Вступна частина

Суттєвою особливістю наукового пізнання як в останні десятиліття XX сторіччя, так на початку нинішнього, XXI є той незаперечний факт, що воно розвивається не тільки і не стільки за рахунок експансії наукових методів у дослідження у нових сферах реальності, а й на основі суттєвого методологічного переосмислення, що набуває дедалі все більш ґрунтовнішого характеру. Традиційний концептуальний каркас, який успішно обслуговував науку впродовж багатьох десятиліть, усе частіше не спрацьовує – і це переважно саме тому, що він виявляється не зовсім адекватним сучасним завданням і навіть самій їх постановці. Звідси, природно, виникає потреба у поглибленні самоусвідомлення науки, що сягає підвалин самого способу наукового мислення. Конструктивним продуктом цього процесу мають виступати нові принципи підходу до конкретних об'єктів наукового вивчення і, якщо ширше, – нові методологічні напрямки розвитку наукового пізнання як у цілому, так і в такій його конкретній ділянці, як психосоматична медична, яка займається вивченням впливу психогенних чинників на виникнення та подальшу динаміку соматичних хвороб. На думку Малкиної-Пих І.Г. (2009), в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними та патологічними порушеннями в тих чи інших органах людського тіла. Відповідна індивідуальна схильність впливає на вибір певного органу, що вражається соматичною патологією. Будь-яка психосоматична патологія є властивістю людського організму, як цілісної системи.

**Актуальність** теми лекції визначається тим, що стан психосоматичного здоров'я населення є реальним та вельми значимим показником розвитку будь-якого суспільства, рівня його соціально-економічного благополуччя. В Україні всі останні роки спостерігається виразна тенденція до зростання кількості як чисто соматичних, так і психосоматичних розладів, що частково зумовлено складними політичними і соціально-економічними перетвореннями в нашій молодій державі. Вельми сумною в цьому аспекті є статистика динаміки абсолютного числа соматичної патології з розладами психіки і поведінки населення України за 1990-2001 рр.; згідно їй, кількість таких випадків зросла з 2504 до 5182 на 100 тис. населення, тобто – фактично вдвічі за якихось 10 років! (Чабан О.С., 2008). А згідно інформації О.О. Хаустової (2007) частота психосоматичних розладів серед населення коливається в межах 15-52 %, а в загальноклінічній практиці сягає від 30 до 57 %. Наявні розходження у величинах, мабуть, можна пояснити використанням як різних діагностичних критеріїв психосоматизації, так і включенням в реєстр психосоматичного реагування захворювань серцево-судинної системи, дерматологічних та урологічних уражень.

Подальше зростання захворюваності населення, хронічно-рецидивуючий перебіг патології та переважно недостатня ефективність чисто медикаментозного лікування вимагають нових методів оцінки стану здоров'я, визначення ступеня ефективності отриманої ними терапії. Відомо, що майже всі хвороби розвиваються поступово через стадії донозологічних

та преморбідних станів і є своєрідним проявом-результатом зниження адаптаційних можливостей організму, які Н. Selye ототожнював з життєздатністю. Особливо актуальною проблема адаптації до зовнішніх факторів стала в сучасних умовах. Це зумовлено, зокрема, як поганою екологічною ситуацією в ряді регіонів України, їх радіоактивним та промисловим забрудненням, так і посиленням негативного впливу на особистість, яка захворіла, хронічно кризового стану вітчизняної економіки та політики. Увесь комплекс цих стрес-факторів призводить до подальшого зростання та поширеності психосоматичних захворювань, але вони все частіше набувають хронічного характеру, мають тенденцію до рецидивів, призводять до падіння показників працездатності, що, у свою чергу, однозначно та суттєво знижує якість життя (ЯЖ) хворих. Особливе місце в даному контексті належить особливостям суб'єктивної оцінки особистістю психотравмуючих чинників, що може призводити до формування психологічної дезадаптації та подальшого зниження ЯЖ.

На протязі останніх десятиріч у всьому світі визначається зростання наукових інтересів до питання ЯЖ пацієнтів. Цей показник стає обов'язковим і надзвичайно важливим компонентом оцінки результатів лікування, якості допомоги хворим. У сучасній психологічній та медичній літературі наукові дослідження з цих питань в основному присвячені (Радченко О.М., 2004; Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004; Бобро М.Г., 2006; Волошко Н.І., 2006; Каленська Г.Ю., 2007; Хаустова Е.А., 2007):

- розробці різноманітних концепцій ЯЖ;
- визначенню специфіки ЯЖ при різних формах патології;
- з'ясуванню особливостей феноменології оцінок;
- організації заходів для покращення соціаль-

## 2 Патопсихологічний статус і психологічна напруженість при соматичних патологіях

У сучасному суспільстві все помітніше зростає кількість об'єктів, подій і ситуацій, які або можуть, або вже є джерелами психологічного напруження – стривоженості. Такий психологічний стан може бути як своєрідним попереджувальним сигналом, так і своєрідним стимулом, що суттєво змінює напрямки людської поведінки на протязі певного проміжку часу.

З еволюційно-біологічної точки зору виникнення навіть незначної психологічної напруженості або явної стресової ситуації здебільшого

ної реабілітації та ЯЖ хворих.

Проте залишається практично не дослідженим питання:

- які сфери життя особистості, яка захворіла, у першу чергу зазнають трансформації внаслідок дії психотравмуючого впливу тих чи інших клінічних проявів соматичної патології;
- які психологічні фактори детермінують особливості сприйняття людиною якості свого життя у хворобі.

І це при тому, що саме розуміння психосоматичної єдності людини, прийняття та реалізація цілісного (системного) підходу до особистості хворого стає чи не найактуальнішими завданнями сучасної медицини. І хоча широко відома лікарям-клініцистам теза «лікувати не хворобу, а хворого» визначала практику видатних лікарів уже у минулих століттях, тим не менш у значній мірі вона й сьогодні має більш теоретичне значення. У реальній клінічній практиці принцип індивідуального підходу у лікуванні вимагає комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості, і не випадково цей принцип покладений ВООЗ у підґрунтя розв'язання важливої проблеми сучасної медицини – подолання хронізації неінфекційних соматичних захворювань. Досить часто причину виникнення захворювання, тобто певних функціональних порушень органів та систем організму, які призводять до зриву роботи організму в цілому, неможливо зрозуміти без знання психологічних особливостей особистості хворого, а без цього важко й прогнозувати перебіг конкретної соматичної хвороби. У цьому аспекті нам здається цілком слушною думка проф. О.С. Чабан, що першопричина, котра дає поштовх до появи різних неінфекційних захворювань, найчастіше виявляється саме у психології людини (2004).

в певній мірі тривожить будь-яку особистість, підсилюючи її соціальні зв'язки, включаючи бажання «втекти за допомогою», за колективним захистом. Достатньо чітко та свідоме розуміння причин такої тривоги хоча саме по собі і не позбавляє індивіда від зіткнення з небезпечними ситуаціями, але цілком придатне, щоб забезпечити такій особистості додатковий спосіб контролю в цій малоприємній психоемоційній ситуації.

Проблема психологічної напруженості, як

особливого стану людини, до цього часу належить до найменш вивчених питань як у загальній психології, так і в медичній (Мясіщев В.Н., 1960; Карвасарський Б.Д., 1980; Василюк Ф.Є., 1984; Adler W.A., 1983; Монахов В.П., 1990; Курпатов В.И., Пашковський В.Э., Шеїна С.Т., 1999; Марилов В.В., Коркіна М.В., Єсаулов В.І., 2000; Ромасенко Л.В., Веденякіна О.Ю., Абрамова І.В., 2001). Питання її класифікації та діагностики мають не тільки значний теоретичний, а й практичний інтерес, зокрема у медичній психології в зв'язку з проблемою психічного напруження хворих при різних соматичних патологіях (Лібіх С.С., 1978; Соложенкін В.В., 1988; Фірсова С.П., 1990; Петров В., Левченко Є., Бухановський А., 1999; Гриневич Б.В., Симаненков В.І., Успенський Ю.П., 2000; Сердюк О.І., 2001; Бугайцов С.Г., Єршова-Бабенко І.В., 2002.).

Дані клінічного вивчення (Голубев А.В., Лаврова В.А., Лебедєва У.В., 1999; Семченко Є.В., Якубенко О.В., 2000; Пальцев А.И., Кузнецова Е.А., 2001) показали, що психологічні відмінності станів тривожності відповідають певним фізіологічним і біохімічним особливостям реагування. Критерієм їх диференціації є ступінь екстеріоризації та певна вираженість сомато-вегетативних компонентів:

- перший варіант тривоги не має зовнішнього вираження у міміці, вегетатиці і, звичайно, має місце тільки в скаргах; розуміння тривоги передбачає відчуття стиснення у грудях та в інших частинах тіла;

- другий варіант тривоги, який має помірне вираження у міміці і вегетатиці, завжди сполучується з досить повною самооцінкою стану; тривожні переживання переважно скеровані на навколишню обстановку;

- третій варіант тривоги характеризується яскраво вираженими вегетативними і руховими компонентами і по своєму змісту часто має характер переживань чого-небудь неминучого, непоправного, що відноситься до власної особистості «Я».

Разом з тим необхідно відзначити, що дана класифікація тривоги не отримала належного поширення серед клініцистів. Більш традиційно прийнято розрізняти лише два види напруженості – фізичну і психічну, причому останню ототожнюють з напруженістю емоційною. Фактично емоції далеко не завжди характеризуються параметром напруження (наприклад, депресія, апатія). Разом з тим допустимі і випадки

виникнення напруження неемоційної природи. У цьому зв'язку цілком правомірним є пропозиція О.В.Овчинникова (1968) виділяти три типи напруженості:

- емоційно-афективну;
- операційну;
- змішану.

Змішана напруженість звичайно не може бути у більшій чи меншій мірі емоційно забарвлена, тобто питома вага емоційного компоненту в той чи інший період розвитку хвороби може суттєво змінюватися. Літературні дані (Василюк Ф.Є., 1984; Мельников В.М. з співав., 1985; Валієв Р.Ш., Філатова М.С., 1999; Аверин Г.А., Петров С.С., 2000; Аксьонов М.М., Семке В.Я., Ветлугіна Т.П., 2001) свідчать про можливість відносного розмежування емоційної та операційної напруженості.

Суттєво впливаючи на індивідуальність (характер, особистість) хворої людини, ці розлади інколи відзначаються значною тривалістю, що породжує непрості психологічні проблеми, але при цьому ніколи не виявляють у своїх клінічних проявах тих чи інших продуктивних психотичних чи властивих психозам негативних симптомів. Зовсім не випадково такого виду розлади емоційного реагування ідентифікуються у науковій літературі з аномаліями характеру і особистості (Карвасарський Б.Д., 1982; Леонтьєв А.Н., 1983; Карпова Є.Б., 1985; Мельченко Н.І., 2002.).

Оптимальною поведінкою людини є гнучке психологічне оперування різними змінами актуальної життєвої ситуації, яка забезпечує досягнення цілей різного часового інтервалу через відповідне передбачення. «Здатність планувати і здійснювати свій життєвий шлях» є одним з головних критеріїв розуміння поняття «здоров'я» у визначенні Статуту ВООЗ (736 техн. Доповідь ВООЗ, 1988).

Індивідуальне відображення об'єктивної реальності у свідомості людини створює суб'єктивну оцінку ситуації, міру її небезпечності, уяву про масштаби можливої загрози, припущення про можливі наслідки і, у відповідності з цим, бере участь в «організації» пристосовницьких психологічних реакцій (Кричевський Р.Л., 2000).

Психологи-клініцисти Б.Д. Карвасарський та Б.В. Зейгарник вважають, що динамічний характер особистісно-середовищного взаємозв'язку передбачає неминуче зіткнення з ситуаціями, які невідомі індивіду з минулого досвіду.

Кожна нова ситуація несе в собі інформацію про ступінь ймовірності досягнення передбачуваного результату і, в залежності від того, підвищується чи знижується ця ймовірність, інформація має позитивний чи негативний емоційний вплив. У цьому випадку, якщо має місце подія, яка не входила в можливу структуру прогнозу, тобто «неймовірні» чи «неможливі» події, то вона потребує від індивіда швидкої мобілізації неспецифічних систем організму, викликаючи стан стресу, оскільки біологічна система повинна мати програми неспецифічних форм реагування, які є адекватними для усього класу змін середовища, які не були включені в систему «ймовірних». Когнітивна переробка інформації про неможливість здійснення повноцінних відношень індивіда до навколишнього середовища, яка ґрунтується на невизначеності, породжує стан тривоги, психічного напруження (Ташликов В.А., 1988; Менделевич В.Д., 2002).

Дуже суттєво, що оцінка ситуації, як такої, що загрожує, визначається особливостями особистості та попереднього преморбідного досвіду суб'єкта.

Усвідомлення відсутності готових програм поведінки у даній конкретній ситуації суб'єктивно розцінюється як «конфлікт», «криза», «фрустрація» тощо, а причина небезпеки скоріше знаходиться у внутрішньому, ніж у зовнішньому світі, що власне й відрізняє невротичну тривогу від об'єктивної (Eysenk H., 1970; Konecky R. *et al*, 1983).

Таким чином, тривога, психічне напруження є наслідком:

- прогнозування суб'єктивної загрози (Менделевич В.Д., 2000; Цивилько М.А., Шад Ф.Р., Кареева М.А., 2001; Акжигітов Р.Т., 2002.);

- передбачення можливої травмуючої ситуації, ускладнення у створенні «моделі майбутнього» (Goldstein K., 1985);

- відсутності плану власних дій (Свядош А.М., 1982), –

що залежить від індивідуальних преморбідних особливостей особистості. Тривогу може переживати тільки та людина, яка має майбутнє, а перешкоди щодо його подальшого безперервного існування можуть мати характер біологічної, особистісної або соціальної загрози.

Причинами тривоги можуть бути події, умови чи ситуації, які є сигналами небезпеки. Причиною тривоги може бути або наявність чогонбудь загрожуючого, або відсутність чогонбудь, що гарантує безпеку. Тривога може бути

викликана тим, що подія не відбувається в очікуваному місці чи в очікуваний час. Чи викликає яка-небудь подія тривогу, залежить від того контексту, у якому вона відбувається, від індивідуальних відмінностей темпераменту чи нахилів, від досвіду та віку індивіда. Переважно тривога не зумовлена чим-небудь конкретним, вона безпредметна. Як пише Jzard K. (1977), причини тривоги можна розділити на чотири класи:

- зовнішні події чи процеси;
- потяги і потреби;
- емоції;
- когнітивні процеси суб'єкта.

Причини, які відносяться до кожного з цих класів, можуть бути як природженими, так і набутими.

Саме за первинність стану тривоги у походженні неврозів висловлюється більшість дослідників (Карвасарський Б.Д., 1980; Свядош А.М., 1982; Цивилько М.А., Шад Ф.Р., Кареева М.А., 2001; Акжигітов Р.Т., 2002.). Проте у якій мірі оцінка оточуючої обстановки проводиться суб'єктом, як загрожуюча чи небезпечна, і може привести до невротичного зриву, залежить від індивідуальних (типологічних) відмінностей в здібностях, уміннях, якостях особистості, а також від специфічного особистого досвіду індивіда у переживаннях подібних ситуацій.

Наявність хоча б двох протилежних мотивів неминує спричинює конфлікт між ними (Васильюк Ф.К., 1984), і найбільш суттєвим моментом тут є його інтрапсихічна переробка (Мясіщев В.Н., 1960), що стає джерелом глибоких невротичних реакцій чи станів. При звичайних умовах перед нами виступає своєрідна «амальгама»: безпосередній прояв деструкції плюс компенсуючі реакції організму у вигляді компенсаторної зміни активності (Бассин Ф.Б., 1980). Методологічно правильні підходи до об'єктивного вивчення патогенезу тривоги мають місце в теорії невротичних конфліктів, яка враховує внутрішньо особистісні механізми її формування (Мясіщев В.Н., 1960; Леонтьєв А.Н., 1983; Курпатов В.І., Пашковський В.Э., Шеїна С.Т., 1999; Горбаткова Е.А., 2000; Прокудін В.Х., 2001).

Оскільки ріст стану тривоги, психічного напруження переживається індивідом, як щось неприємне, болюче, остільки і поведінкові реакції, включені в цей стан, повинні виконувати функцію мінімізації дискомфорту, який виник. Процес тривоги, який з'явився, супроводжується



ся процесом переоцінки стресових умов; така переоцінка сприяє вибору відповідних перекриваючих механізмів, які полегшують переживання стресу, а також активізації деяких механізмів типу уникнення, які виводять індивідів з ситуації, яка викликає тривогу. Якщо не має можливості перебороти стрес чи уникнути його, то включаються механізми психологічної компенсації, функція яких передбачає зменшення стану психічного напруження, тривоги і досягнення суб'єктивного відчуття комфорту (Ташликов В.А., 1984; Соложенкін В.В., 1988; Васильєва А.В., Недошивін А.О., Петрова Н.Н., 2000; Гарганєєва Н.П., 2001; Менделєвич В.Д., 2002).

Матеріалістичне розуміння психологічного захисту визначає цей механізм адаптації, як процес, який скерований на зниження емоційної напруженості і тривоги в умовах суперечливих відношень і позицій особистості, що визначають зміст внутрішньо особистісного конфлікту (Ташликов В.А., 1988; Шадриков В.Д., 2001; Менделєвич В.Д., 2002). При нездатності хворого на невроз знайти вихід з важкої ситуації, активуються захисні механізми, які послаблюють у самосвідомості вираженість хворобливих переживань. У період предневрозу, коли в клінічній картині переважає тривожність і нервово-психічне напруження, особистість хворого намагається з допомогою різних психологічних механізмів компенсувати цю тривогу, зокрема заміщенням цілей, переміщенням інтересів, підвищенням активності тощо. У період маніфестації неврозу з'являються вторинні захисні механізми:

- раціоналізація з метою оправдання хвороби своєю безпорадністю;
- заглиблення у хворобу, яке звільняє від відповідальності за вирішення важких ситуацій, — які закріплюють невротичну поведінку (Ташликов В.А., 1984; Менделєвич В.Д., 2002).

Особливе значення для патопсихології неврозів, як нам здається, може мати дослідження саме майбутнього у часовій перспективі особистості, під яким вважається «... здатність особистості діяти в даний момент у світлі передбачення як найближчих, так і порівняно віддалених майбутніх подій», оскільки психічною травмою є не те, що звернене в минуле, а те, що загрожує майбутньому, породжує невизначеність ситуації і тому потребує прийняття рішень, як бути далі (Свядош А.М., 1982). Очікування несприятливої події, прогнозування її наслідків може викликати навіть більш значну тривогу, психіч-

не напруження, аніж сама подія (Свядош А.М., 1982; Ташликов В.А., 1984; Соложенкін В.В., 1988; Кричевський Р.Л., 2000; Менделєвич В.Д., 2002).

Стан загальної нервово-психологічної напруженості при неврозах був достатньо вивчений Немчиним Т.А.; на основі клінічного, експериментально-психологічного і психофізіологічного обстеження, автор умовно розділяє страх при неврозах на три клінічні варіанти:

- невротична тривога;
- невротичний страх;
- невротична фобія.

Експериментально-психологічне дослідження емоційної сфери хворих на неврози показує, що в цілому хворі з невротичними розладами характеризуються досить високими показниками сенситивності, тривожності, емоційної лабільності, імпульсивності, а також високим ступенем паралелізму між стадійністю і емоційним станом при неврастенії і стресі (Кричевський Р.Л., 2000; Менделєвич В.Д., 2002).

Сучасна модель внутрішньої картини хвороби, яка складається з прогнозу захворювання і моделі можливих результатів лікування, потребує вивчення усвідомлюваних форм прогнозування пацієнтом свого майбутнього (Ташликов В.А., 1984; Соложенкін В.В., 1988; Тотонов Б.А., 1990; Курпатов В.І., Пашковський В.Э., Шеїна С.Т., 1999; Васіна А.Н., 2001). На основі моделі аутопрогнозу захворювання і з урахуванням уявлень про можливі результати лікування, які часто підказуються лікарем-психотерапевтом, хворий створює психологічну модель очікуваних результатів лікування — комплекс домінуючих емоційно-забарвлених уявлень, які відбивають бажаний ступінь відновлення порушених функцій. На деяких етапах захворювання модель очікуваних результатів лікування може в значній мірі визначити емоційний стан і поведінку хворого. (Карвасарський Б.Д., 1980; Леонова А.Б., 1984; Ташликов В.А., 1984; Менделєвич В.Д., 2002.).

Із вищенаведених наукових даних видно, що, приділяючи значну увагу характеристиці якісних особливостей психопатології синдрому тривоги, прагнучи розібратися у структурі його клінічних проявів, більшість авторів зустрічаються з труднощами у визначенні кількісних критеріїв, які відображають ступінь вираженості та інтенсивності синдрому психологічної напруженості-тривоги.

Разом з тим цілком очевидно, що наявність

інформації про кількісний бік емоційних станів і, у тому числі, емоції тривожності, відіграє велику роль не тільки в клініко-діагностичному відношенні, а й при аналізі динаміки синдрому у процесі лікування, перебігу хвороби, тобто є однією з найсуттєвіших характеристик лікування і прогнозу тієї чи іншої патології.

Кількісна оцінка тривожності при певних соматичних ураженнях є утрудненою ще й тому, що існуючі методики відносяться у своїй більшості до категорії анкет-опитувальників і не є абсолютно невразливими при оцінці їх об'єктивності, особливо, коли мова йде про окремі клінічні спостереження (Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф., 1978; Анастасі А., 1982; Куликов Л.В. 2001). При цьому дослідження анкетними методами, особливо – значної кількості людей, як правило, дають досить цінний матеріал, об'єктивність і значущість якого зростає прямо пропорційно до кількості обстежених осіб. Результати стають ще більш точними і абсолютно науково достовірними, якщо вивчаються тільки відібрані клінічні групи хворих, тобто якщо має місце дотримання репрезентативності досліджуваних груп.

Спроби багатьох дослідників широко використовувати методи експериментально-психологічного анкетного вивчення емоцій є для нас цілком доцільними ще й тому, що зараз методи наукового математичного аналізу застосовуються все більше і більше для обробки експериментально отриманих даних суб'єктивно-емпіричного характеру (Анастасі А., 1982; Куликов Л.В., 2001; Менделєвич В.Д., 2002; Чабан О.С. 2008 ). Слід при цьому особливо відзначити, що в минулому роботою в анкетними методами серйозно займалося багато відомих учених. Відомі анкети-опитувальники

Лазурського, Вірмана та ін. Ці опитувальники, поряд із запропонованими зарубіжними авторами (Stern, Baade, Lippmann, Kretshmer та ін.), були основним матеріалом для створення у наступні роки більш вузькоспеціалізованих анкет, скерованих на дослідження окремих емоційних станів. Сюди відносяться «багатофазові» опитувальники Вудвортса, які він запропонував у 1920 р., і «Міннесотський особистісний перелік». Перший з них складається з 116, а другий – з 566 запитань, які стосуються різних сторін особистості.

Потім було опубліковано багато робіт, де розглядалося клінічне застосування цих методів з паралельними дослідженнями хворих анкетними, психологічними, фізіологічними, біохімічними, електрофізіологічними та іншими методами (Асмолов А.К., 1990; Горбаткова Е.А., 2000; Куликов Л.В., 2001; Менделєвич В.Д., 2002 ), а також висвітлювались питання психокорекції та психотерапії (Менделєвич В.Д. 2000; Бойко Ю.П., Аппелянський А.І., 2001; Трохимова І.Б., Трубицька Е.А. Трубицькой В.Ф., 2001; Бугайцов С.Г., Єршова-Бабенко І.В., 2002)

Високий ступінь достовірності даних, отриманих при обстеженні хворих анкетними методами, підтверджується одночасними дослідженнями цих же людей шляхом використання інших методик об'єктивного наукового дослідження. Небезпідставно вважається, що фізичні методи кількісного виміру неспокою і тривоги поки що значно складніші у порівнянні з методами психологічними.

У науковій літературі існує ще багато такого роду прикладів успішного практичного застосування різних анкетних методик переважно у психіатричній клініці і значно більш рідкого їх використання у соматичних клініках.

### 3 Показники якості життя та їх трактування

В останні роки все частіше у засобах масової інформації та з високих наукових трибун використовується термін «якість життя» (ЯЖ); проте, щод він означає і які має критерії – і досі є малозрозумілим для переважної більшості лікарів-клініцистів, які переважно медикаментозно та хірургічно лікують пацієнтів. У значній мірі це обумовлено тим, що в Україні вивчення науковцями цієї теми тільки розпочинається. Водночас у переважній більшості клінік різного профілю країн Євросоюзу, а також Канади, США та Японії спостерігається справжній науковий бум, обумовлений створенням та апроба-

цією різноманітних тестових інструментів для всебічного вивчення якості життя як здорових, так і хворих.

Власне сама історія розвитку поняття якості життя, як окремого предмета наукових досліджень, розпочалася ще в сорокових роках ХХ сторіччя. Перша робота, присвячена цьому питанню, була опублікована D. Karnovsky та J. Burchenal у 1949 р. і відображала оцінку ЯЖ онкохворими в процесі отримання ними хіміотерапії. Дещо пізніше, у 1966 р. J. R. Elinton опублікував статтю в "Annals Internal Medicine", де власне й дав визначення самого поняття ЯЖ.

Воно і лягло в основу сучасної концепції стійкої втрати працездатності – інвалідності та по-слугувало фундаментом для розуміння ЯЖ, як певного сприймання людиною своєї позиції у житті, в тому числі:

- фізичного, психічного і соціального благополуччя;
- незалежності;
- якості середовища, в якому вона живе;
- ступеня задоволення конкретним рівнем життя і іншими складовими психологічного комфорту.

На протязі 1980-90-х рр. переважно вивчається психосоціальний аспект захворювань, оскільки поява нових медичних технологій лікування в найбільш розвинутих країнах призвела до певної інформаційної кризи у взаємовідносинах лікар – пацієнт. Індивідуальні культурологічні та соціально-психологічні вимоги пацієнтів до ефективності терапії стають вирішальним фактором у виборі методів лікування. Дуже гостро постала проблема доказовості правильного вибору лікарем того чи іншого методу терапевтичного впливу на конкретного пацієнта. Створенню надійних та науково обґрунтованих інструментів для визначення як стану здоров'я, так і втрати працездатності, а відповідно – і якості життя сприяли страхові та провідні фармацевтичні компанії. Відповідно виникла нагальна потреба в наявності певних інструментальних підходів, які б дозволяли об'єктивно оцінювати зміну стану здоров'я населення при різних соматичних захворюваннях. Крім того, це давало б додаткові переваги щодо впровадження як нових лікувальних технологій (стандартів), так і ліцензійних фармакологічних препаратів. J. Ware на замовлення страхової компанії протягом 5 років провів дослідження 8 тисяч осіб з 2750 сімей у чотирьох штатах США, у ході якого вивчалось та аналізувалось до 300 окремих показників (дослідження Rand Health Insurance Study) соматичного стану. Власне результати цього дослідження і послигували фундаментом для розробки концепції про найінформативніші параметри якості життя та створення першого короткого теста-опитувальника, що містив лише 36 запитань. На протязі кількох наступних років було розроблено багато десятків тестових методик визначення якості життя. На наш погляд, одним з найбільш вдалих є тест-опитувальник, розроблений проф. О.С. Чабан (2008), що складається з таких пунктів:

- оцінка себе здоровим;

- любов;
- гедонія;
- друзі;
- соціальна активність;
- фінансове благополуччя;
- сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями;
- задоволення від роботи;
- соціальний статус.

На протязі останніх десятиріч у всьому світі визначається зростання наукових інтересів до питання ЯЖ різних пацієнтів. Цей показник усе частіше оцінюється, як обов'язковий і надзвичайно важливий компонент доказової оцінки результатів лікування, якості допомоги хворим. У сучасній психологічній та медичній літературі наукові дослідження з цих питань в основному присвячені:

- розробці різноманітних концепцій ЯЖ;
- визначенню специфіки ЯЖ при різних формах соматичної патології;
- з'ясуванню особливостей феноменології оцінок;
- організації заходів для покращення соціальної реабілітації та ЯЖ хворих.

Проте залишається практично не дослідженим питання:

- які сфери життя особистості в першу чергу зазнають трансформації внаслідок дії психотравмуючих чинників;
- які психологічні фактори детермінують особливості сприйняття якості свого життя у хворобі.

Незважаючи на значну кількість різноманітних досліджень цього питання, універсального визначення терміну якості життя все ще й досі немає – можливо, через те, що існуючі концепції є надзвичайно різноманітним. Так, Campbell (1976) визначає *якість життя*, як суб'єктивне благополуччя людини, а Torrance (1987) вважає, що психологічне та емоційне функціонування роблять значний внесок у якість життя і є основою здоров'я. Якість життя також визначається, як здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно до свого соціального стану та отримувати задоволення від життя. Чисельні наукові дискусії з цього приводу в самому кінці минулого сторіччя дозволили експертам ВООЗ рекомендувати визначати якість життя, як індивідуальне співвідношення свого стану та положення в житті суспільства, в контексті культури та систем цінностей цього суспільства, із жаданням (бажаннями) даного конкретного індивідуума, з його планами, можливостями-

ми та ступенем загального невлаштування. Тобто – поняття якості життя дозволяє оцінити розбіжність між тим, що є, та тим, що могло б бути; це своєрідна шкала (ступінь) реалізації надій та амбіцій конкретної особистості у реальному житті. Таким чином, термін *якість життя*, мабуть, можна визначити, як багатогранне системне поняття, яке характеризує інтегральну психологічну оцінку людиною власного добробуту. Прийнято також вважати, що якість життя – це певний рівень такого соматичного і соціального благополуччя, який у цілому позитивно сприймається конкретною особою. Нам здається, що саме таке трактування цього поняття дозволяє якісно та кількісно визначити вплив на перелічені чинники таких непересічних факторів, як соматичне захворювання і певна методика його лікування. У більшості випадків пацієнти оцінюють не стільки якість життя, як таке, скільки такі конкретні його складові, як:

а) задоволення або незадоволення рівнем свого фізичного, психологічного, соціального і духовного життя;

б) загальне психологічне сприйняття свого стану здоров'я;

в) певні окремі клінічні прояви соматичного захворювання:

- біль, свербіж, нудоту;
- об'єктивні ознаки ураження того чи іншого органу;
- дані лабораторних та інструментальних досліджень;
- наявність та характер ускладнень основного захворювання.

При вивченні якості життя соматичних хворих треба уникати помилок, які призводять до спотворення цього поняття: часто як індикатор рівня якості життя лікарі переважно використовують функціональний статус хворого. При цьому часто ігноруються психоемоційні особливості індивідуума, рівень його особистісної незалежності, суспільне становище – і це при тому, що тільки їх сукупність складає повноцінну картину життя кожної людини. Функціональний соматичний статус є тільки одним із аспектів комплексного поняття якості життя. Не є правильним також відношення до якості життя, як до критерію ступеня тяжкості соматичного захворювання; адже ті чи інші показники якості життя хворих оцінюють не тяжкість клінічного перебігу того чи іншого патологічного процесу, а те, як хворий психологічно переносить свою хворобу.

Лікарям добре відомо, що при хронічному перебігу багатьох захворювань люди поступово перестають звертати увагу, а то і просто психологічно ігнорувати ті чи інші його клінічні прояви, що однозначно та незаперечно не свідчить як про одужання, так і про регресивний характер патологічного процесу. Ще однією майже типовою помилкою є заміна суб'єктивного погляду хворого об'єктивною оцінкою з боку сторонньої людини (лікаря, рідних). Рідні та близькі часто надають гіпертрофовану картину загальної дезадаптації індивідуума, станом здоров'я якого вони дуже стурбовані. Лікарі переважно більш високо оцінюють якість життя своїх пацієнтів, базуючись на результатах об'єктивних методів дослідження та уяву, що вони професійно краще знають, що необхідно для хворого. Саме через це в провідних клініках точку зору лікарів та членів сім'ї при визначенні якості життя конкретного хворого беруть за основу тільки у педіатричній практиці.

Показники якості життя не можуть бути одномірними та однокомпонентними, узагальненими з багатьох показників, тому що це суперечить самій ідеї якості життя як багатокомпонентної системи. Зрозуміло, що вплив на різні аспекти якості життя може бути досить таки різним. Вельми суттєвим фактором впливу є соціальний. Часто виникає питання, чи можна говорити про «нормальну» якість життя, коли багато людей є бідними, медичні заклади недостатньо забезпечені медикаментами, ціни в аптеках на медичні препарати високі. Попри ці обставини нам все ж таки здається, що воля людини по відношенню до зовнішніх обставин завжди існує і полягає у можливості зайняти відносно обставин певну позицію. Через те суттєве матеріальне благополуччя і не є обов'язковою умовою самоактуалізації особистості. Поряд з цим, якість та доступність медичної допомоги офіційно розглядаються ВООЗ, як важливі фактори, які формують відповідну якість життя у конкретному суспільстві.

У клінічній медичній практиці вивчення та аналіз показників якості життя хворих використовують з різною метою:

- для визначення ефективності препарату чи методу лікування у клінічних дослідженнях;
- для прогнозування перебігу захворювання;
- для аналізу співвідношення витрат та ефективності медичної допомоги у фармакономії, у медичному аудиті;
- для визначення психологічних проблем і



спостереження за хворими у системі загальної практики, під час оцінки ефективності нових лікарських препаратів.

Технологічно визначення якості життя проводять за допомогою тестів-опитувальників. Вважається, що класичний підхід до кількісної оцінки суб'єктивного стану розроблений ще Stevens-Galanter у 1957 р. Метод заснований на тому, що опитуваний вказує своє відношення-оцінку власного стану відповідно до визначених у тесті величин. Для стандартизації цих критеріїв використовують пропорції, які мають достовірні розбіжності. Критеріями аналізу можуть бути різні показники, найважливіші з яких визначені ВООЗ:

- а) фізичні:
  - сила, енергія;
  - втома;
  - біль;
  - дискомфорт;
  - сон, відпочинок;
- б) психологічні:
  - позитивні емоції;
  - пам'ять;
  - концентрація уваги;
  - самооцінка;
  - вигляд;
  - негативні переживання;
- в) рівень самостійності:
  - буденна активність;
  - працездатність;
  - залежність від лікування і ліків;
- г) суспільне життя:
  - взаємовідносини;
  - суспільна цінність суб'єкта;
  - сексуальна активність;
- д) навколишнє середовище:
  - благополуччя;
  - безпека;
  - побут;
  - забезпеченість;
  - якість та доступність медичного та соціального забезпечення;
  - доступність інформації;
  - можливість освіти та підвищення кваліфікації;
  - дозвілля;
  - екологія;
- е) духовність:
  - релігія;
  - особистісні переконання.

Комплекс цих параметрів формує цілу карту показників, характерних для певного суспільс-

тва. Для порівняльного аналізу використовують ті питання, які найбільш важливі. Для мульти-центрових, міжнаціональних досліджень використовують опитувальники, які мають статус міжнародних. Провідною установою, яка проводить міжнародну консолідацію сил науковців, є "MAPI Research Institute Health-related Quality of Life" ([www.mapi.research.fr](http://www.mapi.research.fr), Франція). Тести-опитувальники поділяють на загальні та специфічні для певних захворювань. Загальні використовують для широкого кола захворювань і пацієнтів, тому вони застосовуються у дослідженні якості життя хворих незалежно від конкретної соматичної нозології. Перевага загальних опитувальників у тому, що їх валідність встановлена для різних нозологій, що дозволяє проводити порівняння впливу різноманітних медичних програм на якість життя як окремих індивідуумів, так і в усій популяції. Тому загальні опитувальники використовують для оцінки тактики охорони здоров'я і при епідеміологічних дослідженнях. Проте дуже суттєвим їх недоліком є неадекватна чутливість до змін стану здоров'я при окремих захворюваннях. Спеціальні ж тести-опитувальники розробляються для конкретних нозологій, дозволяють оцінити зміни за короткий період (2-4 тижні), використовуються для оцінки ефективності ведення даного захворювання, при клінічних дослідженнях фармакологічних препаратів.

В Україні на сьогодні все ще не існує національних тестів-опитувальників для визначення якості життя. Саме через це питання їх створення та валідації є дуже актуальним науково-практичним завданням. Також є велика потреба і в адаптації міжнародних опитувальників. Фахівцями інституту *MAPI RIHLQL* розроблена процедура лінгвістичної адаптації та валідації найбільш відомих та розповсюджених опитувальників щодо якості життя.

Головні положення при перекладі та адаптації міжнародних опитувальників:

- показники і питання мають бути стандартизовані для кожної країни;
- питання тесту повинні бути зрозумілі для громадян країни.

В Україні проведена процедура адаптації для загальних (*MOS5 SF8*, *MOS SF12*, *MOS SF36*, *EUROQL 5D*) і специфічних опитувальників: бронхіальна астма (*AQLQ E. juniper*).

Для оцінки якості життя найчастіше використовується один з популярних загальних опитувальників "Medical Outcomes Study Short

Form 36" (*MOS SF-36*); його популярність пояснюється тим, що цей тест-опитувальник:

- є загальним, дозволяє оцінити якість життя респондентів з різними нозологіями і порівнювати цей показник з показниками здорових людей;

- дозволяє опитувати людей віком від 14 років;

- має досить високу чутливість, є коротким, складається всього з 36 питань, відповіді на питання може збирати дослідник,

- може заповнювати сам респондент, відповіді можна давати по телефону.

*MOS SF-36* був розроблений у Центрі вивчення медичних результатів США (*IQOLA*) у 1992 р. Е. J. Ware і С. D. Sherbourne. Переклад та вивчення *MOS SF-36* було здійснено у 14 країнах: Австралії, Бельгії, Канаді, Данії, Франції, Германії, Італії, Японії, Нідерландах, Норвегії, Іспанії, Швеції, Великобританії, Сполучених Штатах Америки. У 15 країнах дослідники переклали *MOS SF-36* за допомогою методу проекту *IQOLA* (Аргентина, Бразилія, Китай, Фінляндія, Угорщина, Ізраїль, Мексика, Польща, Португалія, Румунія, Росія, Південна Африка, Танзанія, В'єтнам). Для визначення якості життя за допомогою загального опитувальника *MOS SF-36* використовують низку критеріїв:

1. Фізична активність (ФА) – суб'єктивна оцінка респондентом об'єму свого буденного фізичного навантаження. Зв'язок прямий: чим вищим є показник, тим більше фізичне навантаження, на думку респондента, він може витримати. Результат дорівнює середньому арифметичному суми балів таких видів діяльності:

- а) надмірні зусилля (піднімати вагу, бігати, брати участь у спортивних змаганнях тощо);

- б) помірні зусилля (прибирати у квартирі, пилюсити, пересувати неважкі меблі);

- в) піднімати або носити сумки з продуктами;

- г) підніматися на декілька поверхів сходами;

- д) підніматися на один поверх сходами;

- е) нахилитися, стати навколішки, зігнутихся;

- є) пройти більше одного кілометра;

- ж) пройти декілька кварталів (200-300 м);

- з) пройти один квартал (100 м);

- и) самостійно митися та вдягатися.

2. Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) – суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок стану здоров'я за останні чотири тижні. Зворотний зв'язок: чим вищий

показник, тим менше, на думку респондента, проблеми зі здоров'ям обмежують його буденну активність.

3. Біль (Б) – характеризує роль суб'єктивних больових відчуттів респондента в обмеженні його діяльності за останні чотири тижні. Зворотний зв'язок: чим вищий показник, тим менше, на думку респондента, больові відчуття заважають його буденній діяльності.

4. Життєздатність (ЖЗ) – суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону (енергія, жвавість тощо) за останні чотири тижні. Прямий зв'язок: чим вище показник, тим вище респондент оцінює свій життєвий тонус, більше часу за останні чотири тижні почував себе повним сил та енергійним.

5. Соціальна активність (СА) – суб'єктивна оцінка респондентом рівня своїх відносин із друзями, колегами по роботі, рідними за останні чотири тижні. Прямий зв'язок: чим вищий показник, тим вище респондент оцінює рівень своїх соціальних зв'язків.

6. Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) – суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок емоційних проблем за останні чотири тижні. Зворотний зв'язок: чим вищий показник, тим менше, на думку респондента, його емоційний стан впливає на його буденну діяльність.

7. Психічне здоров'я (ПЗ) – суб'єктивна оцінка свого настрою (щастя, спокій тощо) за останні чотири тижні. Прямий зв'язок: чим вищий показник, тим кращий настрій був у респондента, тим більше за останні чотири тижні він почував себе спокійним та щасливим.

8. Загальне здоров'я (ЗЗ) – суб'єктивна оцінка респондентом свого загального здоров'я у теперішній час. Прямий зв'язок: чим вищий показник, тим краще респондент сприймає своє здоров'я у цілому.

9. Стан здоров'я в порівнянні із тим, яке було рік тому (ЗР) – суб'єктивна оцінка респондентом свого здоров'я та змін, що сталися протягом року. Прямий зв'язок: чим кращим стало здоров'я, тим вищий бал.

Також можливе обрахування трьох додаткових узагальнюючих критеріїв:

- а) фізичний статус (ФС) – оцінюється за трьома показниками:

- фізична активність (ФА);

- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ);

- біль (Б);

б) загальний статус (ЗС) – оцінюється за двома показниками:

- загальне здоров'я (ЗЗ);

- життєздатність (ЖЗ);

в) психічний статус (ПС) – оцінюється за трьома показниками:

- соціальна активність (СА);

- роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ);

- психічне здоров'я (ПЗ), –

які розраховуються, як середнє арифметичне.

Загальний опитувальник *MOS SF-36* був успішно використаний групою науковців (Фещенко Ю.І., Мостовий Ю.М., Бабійчук Ю.В., 2003) при обстеженні хворих на бронхіальну астму. Ними були вивчені показники якості життя у трьох групах:

- здорових;

- хворих на бронхіальну астму;

- хворих на бронхіальну астму, що втратили працездатність.

При проведенні дослідження було встановлено, що, на фоні закономірного зменшення фізичних можливостей хворих на бронхіальну астму залежно від ступеня тяжкості перебігу захворювання, особи, які втратили працездатність на тривалий час, мали найбільше емоційних проблем. Тому питання про покращення якості життя у цих пацієнтів потребує комплексного вирішення з фахівцями з фізичної реабілітації, психіатрії та психології.

Підсумовуючи стан справ в Україні треба сказати, що поки ще дуже обмаль наукових праць, в яких би проводився паралельний аналіз оцінки якості життя різних груп соматичних хворих. Досягнення міжнародної психологічної науки у цьому питанні ще не використовувалися для потреб медичної практики та організації охорони здоров'я громадян нашої держави. Поглиблене напрацювання наукового матеріалу в цій галузі медичного знання безумовно сприятиме впровадженню гуманістичних принципів медицини, підвищенню якості лікування, проведенню комплексних досліджень внутрішньої картини хвороби при різних соматичних патологіях, а отже сприятиме в цілому покращенню результатів лікування та втіленню у життя сучасних досягнень науково-технічного прогресу і системного підходу до терапії з обов'язковим урахуванням якості життя у хворобі.

## Висновки

1. На рубежі 70-90-х рр. ХХ сторіччя більшість дослідників дійшла висновку, що тільки медико-біологічними причинами не можна пояснити постійний ріст соматичних захворювань на фоні широкої та різноманітної сучасної медикаментозної терапії; боротьбу з ними необхідно розглядати як серйозну, не тільки чисто медичну, а й соціальну, економічну, демографічну та психологічну проблему.

2. Поступово, внаслідок різноманітних і різносторонніх досліджень різних психосоціальних, демографічних і економічних аспектів соматичних захворювань склалась думка про суттєве значення саме цих факторів у постійному рості захворюваності. Найбільшого значення при цьому надається таким факторам, як подальша урбанізація, погана екологія, хронізація стресів на роботі та в побуті, значна мобільність населення і масовий міжнародний туризм.

3. Виходячи з насущного завдання пошуку найбільш «слабкої» ланки у системі взаємозв'язаних соціально-епідеміологічних і психосоматичних факторів, які в значній мірі зумовлюють зріст соматичної захворюваності, багато дослідників дійшли висновку, що людина, яка захворіла, дуже часто психологічно опиняється у стані преневрозу. Наявні соматичні порушення зумовлюють досить помітне нервово-психічне напруження і тривожність у багатьох хворих, що знижує якість їх життя в цей період та може сприяти формуванню не зовсім адекватної поведінки.

Отже, вищевикладене дає підставу вважати, що тільки системний розгляд взаємозв'язків клінічних, патопсихологічних та соціально-епідеміологічних аспектів соматичних захворювань є науково перспективним і реально можливим напрямком подальшого наукового пошуку у клінічній медицині, скерованим на з'ясування «внутрішніх причин» постійного зростання соматичної захворюваності та її хронізації, а також на пошук та клінічну апробацію адекватних методів психокоригуючого та психотерапевтичного впливу з урахуванням індивідуальних особливостей якості життя у хворобі.